停藥指引：鴉片類藥物

唔係令人死嘅嘢。係之後啲嘢先會

呢份指引係圍繞一個必須首先區分嘅點建立起嚟，因為搞錯咗會令到人死：鴉片類藥物戒斷本身，喺大多數情況下，唔會令你死。佢係呢個系列中最身體上痛苦嘅經歷之一，但單獨講嚟少數時候都唔致命。真正致命嘅係之後發生嘅事——當一個失去咗以前用量耐受性嘅身體，再返去接受之前正常感覺到嘅劑量。呢個單純事實重組咗呢份指引幾乎所有其他內容，所以藥物輔助治療（MAT）處於中心位置嘅原因就係咁。而係喺核心。

第一部分 — 即時安全：請先閱讀此處

醫療緊急情況

鴉片類藥物戒癮過程中風險最高嘅時刻唔係斷奶。而係喺戒咗一段時間之後復發。一個停用藥物，但後來又恢復到以前劑量嘅人，佢嘅用藥劑量，係基於從未用過鴉片類藥物嘅耐受度，但卻期望達到經常使用者嘅效果。呢個係鴉片類藥物過量死亡最常見嘅機制，而依家由於非法供應品普遍混有芬太尼，呢種情況更會加劇——參閱第 6 節。

打九一一，如果 ***Naloxone*** *，針*

- 呼吸緩慢、淺或停止
- 藍色定係灰色嘅嘴唇或者指尖
- 無反應或無法醒來
- 呼吸時有咕嚕聲或嗆咳聲

⚠ 警告

Naloxone (Narcan) 可以逆轉鴉片類藥物過量，喺美國大部分藥房唔需要處方就可以買到，好多時仲可以透過減害組織免費攞到。將佢備用——無論係為自己定係屋企任何有鴉片類藥物使用史（過去或現時）嘅人——並唔代表你預期會失敗。佢同擺個滅火器一樣：係件你希望永遠都用唔到，但仍然要留喺度嘅安全措施。

避難所

鴉片類藥物戒斷本身嘅身體症狀——喺第二節描述到嘅——係好嚴重同真係好痛苦，但對於大多數冇其他嚴重健康問題嘅人嚟講，佢哋本身唔係獨立性危及生命嘅。戒斷期間接受醫療監護主要係為咗將痛苦減輕到一個程度，令到一個人唔會復發到上面描述嗰種危險，而唔係因為戒斷本身通常需要緊急介入。了解呢個區別並唔會令過程變得輕鬆，但係改變咗真正應該害怕啲乜嘢，同埋幾時。

第一部分 — 為何本書指南圍繞藥物輔助治療（MAT）

藥物輔助治療——包括丁丙諾啡、美沙酮或納可酮——根據大量證據，是目前治療鴉片類成癮失調最有效嘅干預措施。本指南聲明，直接且不帶任何保留地指出，一些康復材料仍然適用於此：藥物輔助治療唔係一種較低級別嘅康復、拐杖，或者「仲係成癮喺某啲嘢」。它是一種挽救生命嘅醫療干預，背後有死亡率降低數據支持，而呢個係好少其他成癮治療可以比擬嘅。與藥物輔助治療並行進行嘅康復工作——即第 8 節同第 9 節入面嘅生物學、環境同身份認同層面的工作——係加分項，唔係一個 替代品。

凱旋人

如果你收到某個計劃或個人嘅說法，話你接受藥物治療（MAT）代表你「其實唔係清醒」，咁呢種定調係冇證據支持，而且會令到人喪命。真正重要嘅衡量標準係生存同功能正常，而唔係一個人體內具唔具備某啲特定分子。

第二節 — 戒斷時間表

時間表	發生咩事呀	預期會點樣	點做
六至二十四個鐘（發作，取決於鴉片類藥物半衰期）	鴉片受體佔有率下降；系統在冇預期輸入嘅情況下離開咗	焦慮、肌肉酸痛、出汗、打哈欠、流鼻水、早起坐立不安	如果追隨 MAT 開始，通常會喺呢個時間範圍內——特別係用法丙嗎啡（buprenorphine）嘅人，喺第一次用藥前已經要處於輕度至中度戒斷期，先可以避免誘發更嚴重嘅戒斷症狀。
第 1-3 日（症狀最嚴重）	戒斷症狀全開；呢個係最難嘅身體拉伸	噁心、嘔吐、腹瀉、腹部痙攣、瞳孔散大、寒顫交替出汗、嚴重肌肉和骨骼酸痛、失眠	接受醫學監護或藥物輔助治療（MAT）可以大大減低呢種嚴重性。呢個亦係最危險嘅時期，因為嗰個人可能會覺得痛苦無法忍受，然後返去用藥，而且劑量已經非常危險——參閱第 0 節。
第三至十日（急性期後身體恢復，心理症狀達到頂峰）	身體戒斷反應消退；內啡肽和多巴胺系統處於最低點	抑鬱症深重，快感缺失，情緒極度敏感，失眠持續，持續有渴望，一些身體症狀仍未消退	開始全套補充劑堆（第九節）。一有體力就做運動，就算係行吓都得。瞓覺管理係避免早期復發最強嘅預測指標之一——要將佢放喺最優先位。
第 1-4 週	內啡肽同多巴胺系統緩慢恢復；鴉片類受體開始上調	日復一日有明顯進步，但每日變化大；可能出現 PAWS 發作；情緒起伏大；渴望症狀間歇性但強烈	全套規程運行緊。社區聯繫比你覺得嘅更重要——孤立係呢種特定康復中最強嘅復發預警訊號之一。
第 1 至 6 個月	受體顯著上調；多巴胺和內啡肽系統正在積極重建；鴉片類藥物引起的過敏痛（來自鴉片類藥物本身的增強疼痛敏感性）正在消退	持續進步嘅真正改善；自然愉悅時刻回歸；疼痛敏感度正常化	呢度先係將工作變成可持續，而唔係純粹為咗生存。身份認同嘅工作（第九節）喺呢度先啱，唔可以喺之前做。
六至十八個月以上	μ-鴉片受體密度顯著恢復；內啡肽系統再次產生天然的舒適感和社交連結	自然享受同連結，唔需要化學藥物支持；PAWS 發作罕見；渴望有情境性而非持續性	對大多數人嚟講，持續恢復一年至一年半時間，無論係咪包括藥物治療（MAT），都可以令佢多芬系統完全恢復。

第三節 — 大腦要幾耐先恢復正常

完全嘅 μ-鴉片受體密度恢復，對於大多數人嚟講，需要持續 12 到 18 個月嘅康復時間——呢個時間線同呢系列其他需要較長恢復期嘅物質係一致嘅。急性戒斷後症候群（PAWS）特別可以持續 18 到 24 個月，而就專門涉及芬太尼嘅康復嚟講，由於芬太尼相比其他鴉片類藥物有極高嘅受體結合效力，呢個時間窗口甚至可能更長。

俾人聽到

如果你已經八個月了，仲係有 PAWS 嘅波——突然嘅焦慮、冇明顯誘因嘅渴望、一段平淡無奇嘅日子——呢啲唔代表你努力係冇用。呢個正正就係誠實時間表會帶到你嘅位置。呢度嘅終點線係計過一年，而事先知到呢一點，係為咗改變「艱難嘅八個月」感覺點樣，而唔係要令到艱難嘅月份消失。

第四節 — 你最可能會經歷嘅嘢

- 喺初期幾周嗰陣，一種特別、深刻嘅快感缺失——食嘢、音樂、你鍾愛嘅人，都唔再覺得有意義，而係平淡無奇，因為鴉片類藥物佔用咗嘅內啡肽同多巴胺系統已經跌到生理底線。
- 鴉片類藥物誘發性過敏痛症（Amplified pain sensitivity）——一個真實、有記錄的現象，即神經系統在重新校準過程中，會暫時比使用鴉片類藥物前更敏感於疼痛。這會在第二節和第三節的時間線中消退，但在發生期間會讓人感到迷惘。
- 瞓覺呢個嘢真係好難重建，好多時係預測早期復發嘅最強指標——值得同其他任何部分一樣咁認真治療。
- 成日無明顯誘因，尤其係喺 PAWS 浪潮期間出現嘅渴望——呢個係神經生物學現象，唔代表你投入度有不足。
- G-allele OPRM1 攜帶者（特別係第五節）有明顯嘅社交脫節或孤獨感——呢個調節鴉片類獎勵嘅受體，亦都調節㗎多啡基社會連結，所以佢嘅耗竭感覺唔單止係藥物渴望，而係一種自我隔離。

第五節 — 基因交叉參考

基因	佢管緊啲乜嘢	鴉片類藥物戒癮嘅相關性
OPRM1 (A118G)	μ-鴉片受體結構 — 所有鴉片類藥物作用的主要受體	呢份指引中最重要嘅基因。G-等位基因攜帶者嘅受體結合親和力降低——即係佢哋用標準劑量嘅止痛效果同獎勵感都較少，呢點係推動升級嘅一部分原因。同樣嘅結合力降低亦代表由天然來源（運動、人際連結、笑聲）嚟嘅內啡肽介導獎勵感較低，所以呢個類型嘅人覺得到自然獎勵結構令人滿足可能需要更長時間。關鍵係：G-等位基因攜帶者對 Naloxone 有可測量咁強嘅反應——呢啲係可以直接用嚟決定治療方案嘅資訊，值得同醫生討論。
CYP2D6	將可待因、tramadol 和好多其他鴉片類藥物代謝成其活性或非活性形式	代謝不良者對可待因或曲馬多類藥物幾乎無效，這可能會導致劑量不斷增加，試圖追尋一種特定藥物永遠無法為他們產生的效果。超快代謝者會將可待因過快地轉化成嗎啡——即使在標準處方劑量下也是已記錄的致命機制。它也會直接影響丁丙挪啡的代謝，這與維持治療（MAT）的給藥劑量息息相關。
CYP3A4	芬太尼、氧曲酮、美沙酮和丁丙諾啡的主要代謝物	對大多數人喺呢個戒癮過程度會接觸嘅鴉片類藥物，包括主要嘅 MAT 藥物，最主要嘅藥代動力學基因係。CYP3A4 受抑制——無論係由遺傳原因定係藥物相互作用（某些抗生素、抗真菌藥，甚至西柚）——都可能導致呢啲藥物積聚到危險水平。CYP3A4 誘導劑可能會因為將藥物清除得太快而引發 MAT 戒斷症狀。要通知每一位開藥嘅醫生關於每種藥物。
ABCB1 (P-糖蛋白)	血腦屏障藥物轉運	變異會影響鴉片類藥物從特定劑量進入大腦的程度——有些變異允許更強的中樞神經系統穿透，從相同劑量產生更強的效應，並可能加速成癮發展。它也會影響丁丙諾啡和美沙酮的中樞神經系統濃度，這對於維持藥物治療（MAT）的最佳化是相關的。
DRD2 (Taq1A, A1 等位基因)	多巴胺 D2 受體密度	A1 載體嘅受體密度減咗大約 30% — 獎勵缺乏症候群。當同 OPRM1 G-等位基因結合時，會產生一種複合性嘅獎勵系統缺陷，同時影響鴉片類同多巴胺獎勵路徑 — 呢個系列中較複雜嘅類型之一。
COMT	多巴胺清除同痛訊號處理	對任何由合法止痛藥開始鴉片類使用嘅人嚟講特別重要——COMT 變異體會影響基線疼痛敏感度，同埋唔係因為鴉片類暴露，即係就算處理咗鴉片類成癮本身，未受治療嘅疼痛都可能需要自己專門管理嘅路徑（第六節）。
MTHFR	甲基化 — 神經傳導物質合成	鴉片類藥物可能部分代償咗嘅基線多巴胺同血清素合成不足。5-MTHF 支持係呢個復原過程嘅基礎，唔係可選嘅。
GABRA2	GABA-A 受體 alpha-2 亞基 — 基線抑唔係主要鴉片類基因，但係一個真嘅加成因素，原因有兩點：佢係支持常見	

基因	佢管緊啲乜嘢	鴉片類藥物戒癮嘅相關性
	制張力	鴉片類藥物加苯二氮平類或者鴉片類藥物加酒精共用模式嘅相同 GABA 結構（每種物質都針對不同受體系統嚟解決相關嘅焦慮/抑制問題），而且佢驅動咗下面詳細描述嘅特定組合特徵。

COMT 點樣改變鴉片類藥物嘅實際

COMT 決定咗多巴胺同壓力化學物質清除嘅速度，而呢個清除速度會塑造出鴉片類藥物對特定個人實際產生咩作用——唔單止係用幾多，仲包括最初覺得點解需要佢咁。

COMT 檔案	鴉片類藥物前嘅基線	提供咗邊啲鴉片類藥物
Val/Val（「戰士」）— 清除快，基線多巴胺調性低	平時休息嗰陣覺得好悶；就算冇藥物介入，都仲會鍾意刺激同新奇嘅嘢。	鴉片類藥物帶嚟嘅舒緩感同其他類型唔同——唔係「終於，安靜咗」咁多，而係「終於，舒服到可以唔再追逐刺激」咁多。呢種類型喺純鴉片依賴症中相對少見，但喺興奮劑依賴症中較常見，不過當出現時，戒癮需要真嘅高強度宣洩出口，而唔係淨係專注於平靜嘅工作。
Met/Met（「心煩」／「智者」）— 清除慢，基線壓力化學氣調較高	成日坐定都好焦或者過度興奮；就算未用任何藥物，神經系統都會傾向熱。	呢個係比較常見嘅鴉片類藥物戒斷後恢復嘅情況。鴉片類藥物對 HPA 軸嘅抑制（第 5 節嘅基因表）直接應對咗一個長期過度活躍嘅壓力系統——咁嘅釋放唔單止係身體上嘅舒適，而係已經過熱嘅神經系統第一次可以完全平靜落嚟。呢個亦都係喺本書其他地方提到嘅 HPA 軸反彈現象最嚴重嘅情況，因為有更多基線壓力化學物質去反彈成過度活躍。
異質性（Val/Met）	喺上面兩個輪廓之間嘅一個中等基線。	通常係一種混合體——部分係真嘅尋求身體緩解，部分係尋求壓力系統緩解——而兩者都唔會達到純合子型別咁極端。

GABRA2 焦慮抑鬱模

呢個值得直接命名，而唔係將 GABRA2 留喺上面表格嘅小註腳度。你 Compendium 自己嘅基因-物質矩陣指出一個特定組合型態——GABRA2 高風險加上 COMT Met/Met——即係「焦慮抑鬱模式」，呢種模式同酒精、苯二氮<0xE4><0x93><0xAC>類藥物同鴉片類藥物都相關：自我安撫能力受損（COMT）疊加咗抑制性基調受損（GABRA2），喺嗰個矩陣入面產生咗任何組合型態最快記錄到成癮進展嘅模式。

⚠ 注意

如果呢個組合適用於你，有兩件事係好明白嘅。第一，呢個就解釋咗點解多種藥物濫用——鴉片類藥物加上苯二氮平類或酒精——會成為呢個特定類型嘅常見模式：鴉片類藥物係應對壓力系統同止痛方面，而針對 GABA 嘅物質則單獨應對「剎車不足」方面，而且兩者都冇完全覆蓋對方做嘅嘢。第二，代表呢個類型嘅康復真係需要一齊處理兩個系統——本書入面鴉片類藥物專注嘅工作，同埋如果任何一種物質相關，喺 Recovery Kernel 嘅苯二氮平類或酒精指南入面針對 GABA 嘅工作。亦係模式嘅一部分——而唔係將鴉片類成癮當作全部情況嚟治療。

測結果嘅表型

- 係咪鴉片類藥物畀你減痛，其他嘢都唔得，就算劑量其他人覺得夠都係？→ 可能係 OPRM1 G-allele 或者 ABCB1 變異。建議優先做 CYP2D6 檢測。
- 鴉片類藥物係咪令你覺得正常、有連結感同平靜，而呢種感覺其他嘢都做唔到？→ OPRM1 參與度高，可能係內啡肽系統缺乏。社交聯結工作（第九節）對你嘅康復嚟講係核心，唔係輔助嘅。
- 你用藥係咪由正規嘅止痛治療開始？→ COMT 痛敏變異可能相關。未受足夠治療嘅疼痛需要獨立嘅平行治療路徑——參閱第 6 節。
- 係咪持續有空虛感或者快感缺失，同埋唔受鴉片類藥物使用影響？→ 可能係 DRD2 缺乏加上 MTHFR 牽涉。多巴胺支持係高優先級。

第六節 — 特殊群體

情況	點解唔同
慢性疼痛作為切入點	對於相當大比例嘅鴉片類藥物戒癮人士嚟講，真正嘅慢性疼痛係佢哋最初嘅病因，而且仍然係一個真實、持續存在嘅狀況。認識到驅動成癮嘅遺傳易感性，唔代表疼痛本身從來冇過實質，亦都唔代表鴉片類藥物一停就消失。呢群人需要一個與戒癮路徑並行、而非取代嘅疼痛管理軌道——包括物理治療、非鴉片類止痛藥物管理，以及喺某些情況下為咗疼痛而特別處方嘅丁丙諾啡（一種合法、獨立於佢喺成癮治療（MAT）中作用嘅用途），呢啲都係持續同戒癮工作並行進行嘅。未經管理嘅疼痛係最… 呢份指南邊度有關於返去用鴉片類藥物嘅可預測路徑。
沾有芬太尼嘅供應品	現時嘅非法鴉片類藥物，以及越來越多嘅非法興奮劑同假藥丸供應，普遍受芬太尼污染，而芬太尼嘅效力比海洛因或處方鴉片類藥物按重量計算要強得多。對於用咗海洛因或者藥丸建立起耐受性嘅人嚟講，對受芬太尼污染嘅批次冇任何可靠嘅保護——喺一個原本用佢哋相信用嘅物質劑量下，效力差異就可能致命。芬太尼測試條（大多數減害組織都有提供）同埋納洛酮嘅使用，對於任何有鴉片類藥物使用紀錄嘅人嚟講，唔係可選嘅預防措施——佢哋係基本安全裝備，屬於同一類別 做第一節嘅減火器框架。
靜脈注射／針筒路徑	帶有 Recovery Kernel 嘅「耳、眼、牙」指南記錄嘅額外風險——注射部位感染、心內膜炎、C 型和 B 型肝炎，以及 HIV。基線檢測血源性感染係適當嘅恢復期醫療護理，唔係指控——而現代 C 型肝炎治療喺絕大多數情況下都係治癒性嘅，無論感染已經存在咗幾耐。

同減量嘅

對於任何正在減藥處方鴉片類藥物嘅人嚟講，藥物本身會改變減藥嘅實際情況。呢個係一個整體概覽，唔係個人化嘅劑量表——確切嘅數字需要一位了解特定病人、現有劑量同埋持續時間嘅醫生。以下內容係值得帶去討論嘅框架。

物質	點解減藥會咁複雜	總體方法
芬太尼（貼片或非法）	極高效力意味住即使小百分比嘅減幅都會代表巨大嘅絕對變化；透皮貼片形式仲增加咗吸收變異性（溫度、皮膚狀況同埋貼片位置都會影響傳遞）喺藥理學本身之上。	貼片減量通常會轉到下一個較低劑量的貼片，並延長間隔（通常係每兩至四周一次，遵循本指南中用嘅百分比原則），有時會用口服藥物作為橋樑來填補貼片劑量之間的空缺。非法獲取的芬太尼減量很少直接由一個貼片轉到另一個貼片——通常需要先轉換成可測量、可處方的形式（參閱 MAT，第 8 節）。
氧曲啡 ER（OxyContin）及其他緩釋口服鴉片類藥物	延放機制意味著減劑會改變峰值效應和覆蓋持續時間——紙面上睇落好細嘅減幅，實際可能會造成一個感覺上好大嘅覆蓋空窗。	減低延放劑量，通常係每 1-4 個星期減 10-25%，具體取決於使用時間長短同症狀嚴重程度，有時喺過渡期會提供短效製劑應對突發症狀——呢個決定由開藥醫生做，唔係自己決定加減。
氫嗎啡酮 (Dilaudid)	短半衰期同相較嗎啡嘅高效力，意味住戒斷症狀出現得快、更集中，比起長效鴉片類藥物要咁，類似於喺 SSRI/SNRI 指引入面記錄到嘅文拉法訊（venlafaxine）嘅短半衰期問題。	通常會先將佢轉化（旋轉）成長效鴉片類藥物，目的係令減量過程本身更易於管理，而唔係直接減用短效形式——呢種轉化係一個真嘅臨床技術，唔係個替代方法，而且由於涉及藥力計算，必須由醫生管理。
Tapentadol (Nucynta)	呢個表入面同其他嘅機制真係唔一樣——佢係雙重作用，既係 μ-鴉片類受體激動劑，又係去甲腎上腺素再攝取抑制劑。呢第二種機制意味住，有啲人耐受性差，原因同鴉片類受體敏感度無關：額外嘅去甲腎上腺素活性可能會引起焦慮、坐立不安或者心率加快，尤其係對於已經處於高興奮基線（喺第 5 節表入面嘅 COMT Met/Met 情況特別值得考慮）嘅人。	如果對 tapentadol 耐受性唔好，呢啲真係對開藥醫生有幫助嘅資訊——佢可能指出問題源頭係雙機制，而唔係鴉片類藥物劑量本身，仲會指向完全唔同嘅藥物選擇，而唔係只係同種藥物換個劑量。

嘅鴉片類替代品：加巴噴丁同普瑞

一個常見嘅現時處方模式，值得呢個圖書館喺其他地方提供嘅同樣直接治療：加巴噴丁同普瑞巴林經常被用嚟避免開鴉片類藥物，或者係透過覆蓋部分神經痛成分嚟支持鴉片類藥物減量。呢個可以係一個合法、有用嘅工具。但如果冇人追蹤退出日期，佢亦可能變成一個自己無法解釋、無限期嘅處方。

⚠ 謹記

Recovery Kernel 自己關於加巴噴丁類藥物的資料直接適用於此：這些藥物越來越被認為帶有其自身的真實成癮和戒斷風險，包括高劑量突然停用時的癲癇風險，儘管歷史上它們一直被開具為沒有風險。如果提供加巴噴丁或普瑞巴林作為鴉片類替代品，本資料庫關於替代藥物的「部分」提出的相同問責問題也適用：規定

□□□

藥物	機制	臨床紀錄
Vivitrol）	何鴉片類藥物效應，並能阻斷任何疊加使用鴉片類藥物的效果	系統仲有鴉片，會引發嚴重戒斷症。OPRM1 G-等位基因攜帶者（第 5 節）顯示出明顯更強嘅反應——真係有用、可操作嘅治療選擇資訊。

凱旋人

MAT 揀選係一個真嘅臨床決定，直接受益於第五節嘅基因資訊——帶去俾負責呢個事嘅人睇。

第九節 — 復原協議

第一級 — 生物基礎（第一日起）

支援	角色
DLPA (DL-苯丙氨酸)	內啡肽系統前體支持 — 食飯日開始第一日。
N-乙酰半胱氨酸（每日兩次，每次 600mg）	谷氨酸穩態和減慾望。
5-MTHF	基礎甲基化同神經傳導物質合成支持。
甘氨酸鎂	一般神經系統支持同埋睡眠。
Omega-3 (以 EPA 為主)	喺系統大重建期間嘅一般神經支持。

第二級 — 醫療

- 作為主要醫療介入，而唔係輔助治療。
- 痛症管理軌道（第六節）會與慢性疼痛並行運行——對於嗰批人嚟講，呢個唔係可選嘅。
- 血液病原體感染檢測及治療，若有注射使用史（第六節）。

本實用工具：時間鎖定

值得直接提及，因為佢平價、真係有用，而且喺戒癮材料度冇人多講：時間鎖藥盒專門為咗類似減量嘅情況而設，目的係控制性、有時間表嘅取用，而唔係完全自己可以攞或者根本都攞唔到。一個信任嘅人——一個伴侶、家人或者其他監護者——會根據同醫生定好嘅減量時間表嚟裝藥劑，而且呢個裝置無論當下嗰個人點感覺，都會喺預定時間先至物理上開唔到。呢樣嘢直接解決咗喺其他地方提到過嘅同一個「取用權限同阻力」機制。呢個圖書館嘅停用系列：移除即時應對衝動飲藥（過早或額外劑量）嘅能力，本身就係一種真實、實體嘅支持，而唔係單純象徵性嘅。

⚠ 注意

適用標準警告，而且係好重要：呢個只係一個支援工具，唔可以取代醫學減藥計劃本身，亦都唔可以取代喺需要嘅情況下用嘅 MAT 或醫生監護。佢需要一個真正值得信賴、持續可到嘅監督者——如果控制呢個工具嘅人唔可靠，咁個工具就冇用；如果冇事先坦誠傾吓點解要用，佢仲可能成為衝突或怨恨嘅來源。佢唔可以阻止某人喺設備外攞藥物或者物質，所以佢只係針對一個特定風險（減藥藥物衝動性提早重用），而唔係 成個情況。大多數模型都有某種緊急覆蓋功能——了解嗰啲係乜嘢，同埋邊個負責控制佢，喺你信賴呢件設備之前都要知。而且對於第七節入面高風險分類嘅人嚟講，呢個絕對唔可以係唯一嘅安全措施——佢只係醫護照顧之外一個實用支援，而唔係替代品。

非法來源物質：點解「撐到減藥期過」本身就係一種

呢個嘢唔係可以輕描淡寫帶過嘅，因為風險同呢本指南其他嘢完全唔同。藥房有牌照賣嘅藥物，佢嘅保管鏈係有記錄嘅——喺受監管條件下製造，劑量同成分都經過驗證，由生產到你手上每一步都可以追溯。而喺嗰個系統外攞到嘅物質，就冇呢啲嘢。冇文件，冇來源證明，唔知裡面真係有乜嘢，亦都唔知佢喺到達人手之前經過咗咩或者混咗埋啲乜嘢。呢個唔係一個 對選擇尋求它的道德判斷——重要的是物體本身的一個物理事實，無論某人為何尋求它。

醫療緊急情況

[illegible]——[illegible]——[illegible] [illegible] 0 [illegible] 6 [illegible]——[illegible] 8 [illegible]MAT[illegible]

[illegible] — [illegible] 1 [illegible] 12 [illegible]

- [illegible]——[illegible]
- [illegible]——[illegible]
- [illegible]——[illegible]

[illegible]

[illegible] [illegible]——[illegible]

[illegible] HPA [illegible]

[illegible] HPA [illegible]——[illegible]— [illegible]

⚠ [illegible]

[illegible]——[illegible] HPA [illegible] FDA [illegible]——[illegible] [illegible]

[illegible] Recovery Kernel [illegible]——[illegible]HPA [illegible]

[illegible] — [illegible]

[illegible]

[illegible] Naloxone[illegible] — [illegible] — [illegible] — [illegible]——[illegible]

[illegible] — [illegible]

[illegible]	[illegible]
Recovery Kernel [illegible]	[illegible]MAT[illegible]
Recovery Kernel [illegible]	[illegible]——[illegible]Naloxone [illegible]
Recovery Kernel [illegible]	[illegible]

參考資料	佢提供啲乜嘢
綜合協議 14（疼痛管理）	指喺第六節提到嘅、針對任何由合法止痛治療開始使用鴉片類藥物人士嘅平行疼痛管理路徑。
綜合協議 05（環境重新設計）	呢個特定復原嘅最高優先級協議——誘因觸發嘅渴望係鴉片類藥物復原中主要嘅復發機制，比起呢系列其他大多數物質都要咁嚴重。
基因物質矩陣彙編，附錄 A	第五節基因背後嘅直接協議代碼對應：GABRA2 + COMT Met/Met（「焦慮抑鬱模式」）對應 P06、P09、P10、P21；單獨 GABRA2 對應 P01、P06、P20；GABRA2 + MTHFR（「耗竭-衝動模式」）對應 P06、P07、P11、P21。如果備有完整基因組譜，請直接交叉參考本附錄。
Recovery Kernel 主冊，第 8 節（催產素協議）	關於第九節「新興添加」嘅完整來源章節——完整機制細節，以及本指南中重複嘅相同實驗用途注意事項。
總覽協議 二十、二十一、C-二八（身份架構）	適當喺第 2 個月到第 6 個月左右開始（第二節），唔可以早啲——將身份同用藥嘅歷史分開重建。
Recovery Kernel 複雜創傷與藥物成癮的關聯	鴉片類藥物使用障礙經常喺極度困苦嘅情況下開始；關於創傷嘅工作唔應該喺生物學同埋藥物替代治療（MAT）穩定之前開始——呢個時機點喺呢系列嘢入面，重要程度同其他地方一樣。

第十二節 — 結語

避難所

鴉片類藥物戒癮治療係成個成癮醫學裡面，少數有真正強大、根基穩固嘅證據支持最有效治療嘅領域——MAT 救命，一次又一次，可衡量咁。用佢唔代表戒癮程度低。鴉片類藥物佔據嘅內啡肽同受體系統係可以重建，喺一個真實嘅時間線度，無論個復原過程係咪包含持續服藥。最重要嘅嘢，根據第 0 節，係捱過耐受性同預期脫節嗰個時期——呢份指南其他所有內容都係為咗令你安全度過呢個關口。

□□□□ — □□療□□ — □□□代緊急□□

Crisis Resources: 988 (Suicide & Crisis Lifeline, call or text) | SAMHSA: 1-800-662-4357